

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**Relación que existe entre el nivel de conocimientos de
la madre sobre alimentación complementaria y el
estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que
asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la
Vega Baja, enero 2007**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en enfermería

AUTORA

Jenny Rocío Benites Castañeda

Lima – Perú

2008

**RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS
DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y EL
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES QUE
ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED, EN EL
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
ENERO 2007**

A Dios, porque sin Él, nuestra
existencia no tendría razón. Por
que es la luz que ilumina mi
camino.

A mi madre, por su inmenso cariño,
paciencia y ayudarme siempre a
salir adelante hasta conseguir
mis metas. Te quiero mucho.

A mi padre, en reconocimiento a su
sacrificio, su ayuda incondicional y
el cariño que cada día me brinda.
Siempre serás mi héroe.

A las Lic. Maribel Gil Conde
y Juana Duran Barreto, por
su asesoramiento, dedicación,
y comprensión para la realización
del presente estudio.

A mi hermana Gabriela y Christian
por ayudarme a la realización de
este estudio y atenuar mis penas
y preocupaciones.

A mi ángel de la guardia, Anita,
que desde el cielo guía mis pasos
y siempre estará en mi corazón.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACIÓN	vii
 CAPÍTULO I: Introducción	
A. Planteamiento del Problema	1
B. Formulación del Problema	4
C. Justificación	4
D. Objetivo	5
E. Propósito	5
F. Base Teórica	6
G. Hipótesis	38
H. Definición Operacional de Términos	38
 CAPÍTULO II: Material y Método	
A. Nivel, Tipo y Método	40
B. Descripción del Área de Estudio	40
C. Población	41
D. Técnica e Instrumento	42
E. Procedimiento de Recolección de Datos	42
F. Procedimiento de Procesamiento, Análisis e Interpretación de Datos	43
G. Consideraciones Éticas	43
 CAPÍTULO III-	
Resultados y Discusión	44
 CAPITULO IV – Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones	
A. Conclusiones	58
B. Recomendaciones	58
C. Limitaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°	Pág.
1. Nivel de conocimientos de las madres acerca de la alimentación complementaria en los niños de 6 a 12 meses que asisten al C.S. Conde de la Vega Baja.	45
2. Estado Nutricional de los niños de 6 a 12 meses que asisten al C.S. Conde de la Vega Baja.	51
3. Relación entre el nivel de conocimiento de la madre acerca de la alimentación complementaria y el Estado Nutricional de los niños de 6 a 12 meses que asisten al C.S. Conde de la Vega Baja.	54

PRESENTACIÓN

Llega un momento en la vida del niño en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales, ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no basta. La leche materna es el alimento fundamental, cualitativa y cuantitativamente durante el primer año de vida y siguiente, pero a partir de los seis meses el niño requiere de la introducción de alimentos semisólidos además de la leche materna, a lo que se le denomina alimentación complementaria.

El retraso crónico de crecimiento, es un problema que tiene gran repercusión en el futuro y en la calidad de vida, es el principal problema nutricional de la niñez. La desaceleración en el crecimiento ocurre principalmente entre el tercer y sexto mes de vida y a los tres años de edad. Por lo que hay varios factores que intervienen en la aparición de este cuadro, entre ellos se encuentran las deficiencias nutricionales esenciales, la mayor prevalencia de infecciones y mala calidad de la alimentación complementaria o la combinación de todos ellos. Hay suficiente evidencia científica para afirmar que no sólo se altera el tamaño corporal final y la capacidad potencial de trabajo físico; sino que también disminuye la capacidad cognitiva y aumenta el riesgo de no concluir en forma exitosa la escolaridad (1)

La presente investigación estudia la “Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, que asisten al consultorio de CRED en el Centro de Salud Conde la Vega” consta de Capítulo I: Introducción el cual incluye formulación y origen del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Método en el cual se expone el nivel, tipo y método, descripción del área, población, técnica e instrumento, Procedimiento para recolectar, procesar, presentar, analizar e interpretar los datos y las consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta la Referencias bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo “Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED del centro de salud Conde la Vega” El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista. El instrumento fue un formulario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante.

Entre sus conclusiones se tiene que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad, el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. Los conocimientos que en mayor porcentaje tiene la madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria.

La mayoría de las madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso.

Palabras Claves: Alimentación Complementaria, Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

El cuarto objetivo para el desarrollo del milenio, de los estados miembros de la ONU es reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años. Existe gran diferencia en este indicador en los diferentes estados miembros, como por ejemplo podemos citar a Suecia que tiene 3 por cada mil nacidos vivos, siendo la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, en comparación con Bolivia que tiene 77 por cada mil nacidos vivos, Cuba 9 por cada mil nacidos vivos y Perú 39 por cada mil nacidos vivos. Con respecto a América Latina, mueren 500 000 niños antes de los 5 años, siendo una de las causas de muerte las enfermedades nutricionales carenciales (2)

En el año 2000 en la Región de las Américas el número de muertes infantiles en menores de 5 años fue 522,572 y se calcula que para el año 2015 será 375,027. En nuestro país 628 000 niños nacen anualmente y 20 000 mueren antes del año (3).

La Tasa Bruta de Natalidad para el periodo de 2000 – 2005 fue de 23 nacimientos por cada 1000 habitantes. Existen 14 departamentos con tasas superiores al valor nacional, entre ellos Huancavelica, Loreto, Amazonas, Huanuco, Ucayali, Cajamarca. La población menor de un año representa 5,8% del total de habitantes y se estima que para el 2025 será de 5,5 % menores de un año. Existe una tendencia a la disminución de la tasa de

natalidad; sin embargo, este descenso no ha podido acortar las brechas al interior del país.

Respecto a la mortalidad infantil por cada 1000 niños que nacieron en el Perú, 33 murieron antes de cumplir el año de vida. Existen 14 departamentos con tasas superiores al valor nacional, entre ellos Puno, Huancavelica, Apurímac, Cuzco, Ucayali, Ayacucho. (4)

En nuestro país las principales causas de mortalidad y morbilidad en menores de 1 años, para el periodo 2001-2005 son las infecciones respiratorias agudas, septicemias y en tercer lugar deficiente nutrición y anemia. Con respecto a la morbilidad tenemos a las infecciones agudas de las vías respiratorias altas, enfermedades infecciosas intestinales y en tercer lugar otras infecciones de las vías respiratorias inferiores.

En el año 2004 la desnutrición crónica a nivel nacional en los menores de 5 años afectó a 1 de cada 4 niños en comparación con el año 1991 (36,5%), 1996 (25,8%). Los departamentos con mayor tasa de desnutrición fueron, Huancavelica, Apurímac, Cajamarca, Amazonas (ENDES 2005)

La desnutrición produce efectos negativos y es uno de los principales factores de muerte en más de 6 millones de niños por año según la UNICEF, lo que representa 55% de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años en países en desarrollo (5).

Respecto a la anemia, en el año 2004 a nivel nacional, uno de cada dos niños presentó anemia. Aunque ha ocurrido una reducción en relación al año 1996 los niños de la zona rural han sido los menos favorecidos. En nuestro país 1 de 4 niños menores de dos años tienen anemia por deficiencia de nutrientes y 1 200 000 menores de un año tienen anemia por deficiencia de hierro. (ENDES 2 005).

Con los datos presentados se puede inferir que el rol de la madre en el cuidado de la primera infancia es un punto importante en la lucha contra la desnutrición a fin de romper los ciclos que se van sucediendo de una generación a otra y mantienen a las personas en condiciones crónicas de salud y desarrollo humano subóptimo. La madre expuesta a la consejería sobre los cuidados de la primera infancia, adquirirá nuevos conocimientos, que le conducirán a cambios de actitudes, lo que a su vez dará como resultado un mejoramiento en conductas y/o prácticas.

En marzo del 2006 el Ministerio de Salud (MINSA) publicó la “Norma técnica de Salud para la atención integral de Salud de la niña y el niño” con la finalidad de brindar atención integral con calidad a la niña y niño, que responda a sus necesidades de salud y contribuya a elevar la calidad de vida como base para el desarrollo sostenible del país. Para la atención integral de la niña y niño se harán uso de estrategias, siendo una de ellas es comunicación y educación para la Salud, que hace uso de métodos e instrumentos de comunicación y educación para sensibilizar a la familia y población en general, buscando el logro de una actitud y comportamiento favorable al cuidado integral de salud de la infancia que contribuya a su adecuado crecimiento y desarrollo. Incluye la realización de actividades educativas individuales y grupales con énfasis en el cuidado de la salud y nutrición de la niñez, con participación de los actores sociales. (6)

A la vez, el gobierno está impulsando en mayor número de distritos el programa CRECER como estrategia de intervención articulada multisectorialmente que tiene como objetivo la lucha contra la desnutrición infantil y la pobreza, fomentando la alimentación y protección del niño desde su nacimiento; para ello, juzga necesario no sólo proveer a la población objetiva con productos que mejoren sus niveles de nutrición, sino capacitarla en aspectos de salud, educación, hábitos de higiene, nutrición y adecuación de sus viviendas para liberarlas de humo y desechos. (7)

Es el profesional de enfermería uno de los responsables de brindar esta atención integral, asistiendo y educando a la madre para que el niño

alcance los estándares promedios de peso y talla de acuerdo con su edad, así como desarrollar actividades preventivas promocionales a fin de contribuir a mejorar el nivel nutricional de los niños.

En la práctica de enfermería, en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, se evidenció que las madres tenían conocimientos diferentes acerca de la alimentación complementaria, muchas de las cuales referían: “yo le doy sopitas a mi niño desde los cuatro meses sin embargo no sube de peso”, “yo no le doy papillas porque le estriñe a mi niño”. “Señorita mi hija tiene 6 meses ¿está bien que coma naranja?”, “Señorita yo le doy sopa de hueso a mi niña, me han dicho que es bueno,” Señorita no cree que es malo darle aceite al niño”?, “Señorita mi hija tiene 6 meses, le di un huevo entero y le salio ronchitas” entre otras manifestaciones. Además al interactuar con la enfermera responsable del consultorio de CRED ella manifiesta que existen al año 348 niños menores de cinco años con malnutrición por defecto y 281 niños con malnutrición por exceso.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega, 2007?

C. JUSTIFICACION

Siendo el Perú un país en vías de desarrollo y teniendo como uno de los principales problemas la desnutrición del niño menor de cinco años es importante y necesario profundizar el conocimiento de la madre en lo que respecta a la alimentación complementaria para así orientar las actividades preventivo promocionales realizadas por la enfermera, con el fin de promover la introducción adecuada de la alimentación complementaria, de esta manera se impartirá los conocimientos a la madre o cuidador lo que contribuirá a mejorar las practicas de alimentación que brinde al niño redundando en el

mejoramiento de su nivel nutricional, previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social

D. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el C.S. Conde la Vega Baja.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el CS conde de la Vega Baja
- Identificar las áreas críticas en los conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria.
- Determinar el estado nutricional de los niños de 6 a 12 mese de edad que asisten al consultorio de CRED del C.S. Conde la Vega.

E. PROPÓSITO

Los resultados del presente estudio servirán como información actualizada y relevante al equipo de salud, prioritariamente a la enfermera que labora en el área niño para que repotencie el proceso de aprendizaje de la madre mediante actividades interactivas destinadas a incrementar el conocimientos sobre la alimentación complementaria, teniendo en cuenta los valores culturales, la condición social y otros, lo cual contribuirá al crecimiento y desarrollo saludable del niño.

A la vez este estudio permitirá fortalecer el programa de seguimiento y monitoreo del estado nutricional de los niños evaluados.

F. MARCO TEORICO

F.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A continuación se presenta estudios realizados a nivel nacional e internacional que se encuentran relacionados con el presente estudio. Así se tiene:

En Lima, en el 2002 Clotilde Paredes y Paula Álvarez, realizaron un estudio sobre “Conocimientos y Prácticas sobre ablactancia y alergia alimentaria que refieren las madres de los niños menores de 2 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del HNERM”. El método fue descriptivo explorativo de corte transversal, la población estuvo constituida por 186 madres. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario y la técnica fue la entrevista. Las conclusiones fueron, entre otras:

La mayoría de las madres (82.8%) tienen conocimiento parcial sobre ablactancia; el 51.6% de las madres encuestadas manifiesta correctamente a los 6 meses como una edad propicia para el inicio de la ablactancia.

La mayoría de los niños del estudio (56%) iniciaron precozmente la ablactancia predominantemente entre los 3 a 5 meses de edad (46,8%)

El mayor porcentaje de las madres (46.2%) tienen conocimiento parcial sobre alergia alimentaria. (8)

Sandra Castro, en Lima, en el año 2003 realizó un estudio sobre “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de seis meses a dos años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED de H.N.G.D.M.” El método es descriptivo transversal. La población estuvo constituido de 141 madres. El instrumento que se utilizó fue la entrevista – encuesta. Las conclusiones fueron entre otras:

El mayor porcentaje 95.77% de las madres tienen conocimiento correcto sobre el inicio de la ablactancia.

La mayoría de las madres 67.6% realizaron practicas adecuadas sobre el inicio de la ablactancia. (9)

En Lima, en el año 2005 Catherine Cárdenas, realizó un estudio sobre “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita. El método fue descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 58 madres; el instrumento fue un cuestionario tipo escala de Lickert y la ficha de evaluación nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que:

El 70% de las madres tienen actitud de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia, tipos de alimentos, finalización de la lactancia materna exclusiva, frecuencia de la alimentación y tiempo en especial para alimentar a sus hijos. El 81% de las madres tienen una actitud de indiferencia de acerca del inicio de la alimentación complementaria. El 57 % de los lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y 43% tienen alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otras (10)

Betty Gómez, en Lima, en el año 2006 realizó un estudio sobre “El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia”. El tipo de investigación fue cuantitativa, el método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 65 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento es un formulario. Las conclusiones fueron entre otras:

El nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses, es regular cuando ellas tienen 31 años de edad, es alto con madres de instrucción superior. El 82,2% de las madres identifican al pescado como alimento que contiene alto porcentaje de hierro y el 79,5% consideran que se debe dar suplementos de sulfato de hierro a los lactantes.

Del total de lactantes en estudio 79,4% presentan anemia moderada y 20,6% anemia severa. (11)

Sáenz María, en Colombia, en el año 2007, realizó un estudio sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá, con el objetivo de Identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, cualitativo y cuantitativo, mediante la aplicación de una encuesta a 199 padres de los niños del Jardín durante los años 2006 y 2007. Entre sus conclusiones se tiene que:

El 40 % de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses, lo que refleja una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros meses.(12)

Las investigaciones mencionadas anteriormente como antecedentes, ayudan al presente estudio a enfocar el tipo, nivel y método de investigación a usarse, y también los instrumentos usados en dichas investigaciones, servirán de guía y estudio de investigación.

F.2 BASE TEORICA

1. GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático,

verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación. (13)

Kant en su teoría del conocimiento refiere que esta determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el segundo elaborado después de la experiencia (14).

Según el Diccionario el conocimiento se identifica como "la acción y el efecto de conocer", definiendo conocer, como "averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas". (15)

El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarlo generan un cambio de conducta.

Entre las principales características del conocimiento tenemos el aprendizaje implica un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambio de conducta son relativamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso. El aprendizaje resulta de la interacción del sujeto con su medio lo que a su vez le permite una mayor adaptación al medio social. (16)

En cuanto al tipo de aprendizaje tenemos aprendizaje motor que consiste en una secuencia de movimientos coordinados cuya repetición conduce a la automatización, el aprendizaje cognoscitivo el cual permite que se adquiera conocimientos e informaciones respecto de los elementos que conforma el mundo externo e interno del sujeto, el aprendizaje afectivo que es la modificación o adquisición de emociones, sentimientos y estados de ánimo y por último el aprendizaje social, en donde se adquiere normas, valores, actitudes sociales, modales. (17)

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar como los sujetos acceden al

conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos. Por ejemplo, la teoría del condicionamiento clásico de Pávlov: explica como los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes. La teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner describe cómo los refuerzos forman y mantienen un comportamiento determinado. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos. La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas. (18)

La educación en salud se sustenta en esta base teórica para fortalecer la promoción de la salud con el fin de reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar igualdad de oportunidades, proporcionando los medios que permitan a todos los individuos desarrollar al máximo su salud potencial y así se incrementaran las opciones para que la población ejerza un mayor control tanto sobre su propia salud como sobre su entorno.

La promoción de la salud puede ser alcanzada desde distintos enfoques. Dentro de éstos, el enfoque de cambio conductual tiene como propósito proveer conocimientos e información y desarrollar las habilidades necesarias para que una persona pueda tomar una elección informada acerca de su comportamiento en salud. Este enfoque no busca persuadir o motivar el cambio en una dirección particular sino más bien intenta obtener como resultado la elección personal y no la que el promotor prefiera. (19)

El enfoque de cambio conductual enfatiza la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas. Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual.

Las intervenciones que promocionan cambios de comportamiento se diseñan a través de varios enfoques teóricos que sustentan metodológicamente las estrategias aplicables en esta comunicación educativa. Uno de los que ha mostrado tener mayor coherencia es el enfoque constructivista, el cual ha sido aplicado en los programas de educación sanitaria para adultos. El constructivismo es una teoría psicológica sobre el proceso de desarrollo humano, que abarca principalmente desde la etapa infantil hasta la adolescente, que puede extenderse para la formulación de estrategias educativas en la capacitación de adultos, dentro de programas de intervención social.

Según el enfoque constructivista, el conocimiento no es innato ni es producto de intuiciones; no se recibe en forma pasiva ni tampoco es resultado de abstracciones provenientes de experiencias sensoriales. El conocimiento no es un simple producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino es una construcción propia. Está formado por esquemas mentales que el ser humano construye, relacionando los conocimientos previos que ya posee, con las nuevas informaciones. En el aprendizaje constructivo se desarrolla un proceso mental donde se adquiere el conocimiento nuevo al relacionarlo con los conocimientos previos y que finaliza cuando se adquiere la competencia de generalizar y aplicar lo nuevo conocido a una situación nueva.(20)

La persona, en base a su interacción con la realidad, capta y asimila; y luego acomoda los conceptos e informaciones asimilados con lo que sabía antes, integra el conocimiento previo con lo nuevo; y luego lo aplica, lo contrasta con la realidad, adecuando su nuevo conocimiento a través de la experiencia. La construcción del nuevo conocimiento puede consumarse de diferentes formas. Cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (según Piaget), en la interacción con otros sujetos (según Vigotsky) o cuando el conocimiento es significativo para el sujeto (según Ausubel). (21)

La aplicación del enfoque constructivista con participantes adultos, obliga a considerar que cuando un mensaje está excesivamente alejado de los esquemas previos de los participantes, no tiene para ellos mayor significación y así, el proceso de enseñanza / aprendizaje es incapaz de desembocar en un aprendizaje verdaderamente significativo. Probablemente se obtendría una memorización, pero sería de escaso o nulo valor funcional.

Por otro lado, si los mensajes se presentan sin cuestionar sus prácticas habituales, no se alcanzaría el nivel de motivación mínima que justifique el darles importancia; y así el aprendizaje también se vería igualmente bloqueado. Por estas razones, los mensajes deben acercarse a los esquemas previos de los participantes pero entregando saberes cuestionadores. Mostrando nuevos contenidos que les obliguen a desarrollar su conocimiento.

La secuencia Asimilación-Acomodación-Aplicación, es una secuencia que parte del aprendizaje personal pero que, dentro de la educación de adultos, se convierte en la estrategia del programa educativo. Así, la idea es armar tres etapas para la capacitación, con objetivos educativos y métodos a aplicar que coincidan con las características de las tres etapas del aprendizaje visto desde el enfoque constructivista. Por ejemplo:

Contenidos conceptuales, se brinda información sobre lo básico de la nutrición en el niño. Incluyen conceptos de salud infantil, alimentación complementaria, la importancia de la alimentación complementaria. Se aplica este saber teórico con una actitud positiva y responsable respecto a la adopción de comportamientos adecuados.

Contenidos actitudinales: da refuerzo a las actitudes positivas respecto a la alimentación complementaria. Acomodar el saber práctico que poseen previamente, con el nuevo saber teórico captado, para diseñar, describir y ejecutar diferentes procedimientos para la alimentación complementaria.

Contenidos procedimentales: Se tienen sesiones demostrativas y reuniones con comunicación interpersonal sobre mensajes prácticos de la alimentación complementaria. (22)

Por lo mencionado anteriormente se puede mencionar que la enseñanza y aprendizaje son procesos recíprocos, la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las actitudes que necesita para aprender, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos. El aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es decir se da durante toda la vida, es por ello que el aprendizaje origina cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actitudes de la persona quien aprende. La persona por si misma, no siempre son capaces de modificar conductas, depende de un amplio número de factores externos e internos, entre los que tenemos las creencias, los valores y las actitudes,

Dentro de esto la Educación Alimentaria y Nutricional es el conjunto de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otras relacionadas a la nutrición, conducentes a la salud y el bienestar.

3. ASPECTOS GENERALES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su madurez. El crecimiento y desarrollo es el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Si las condiciones de vida (física, biológica, nutricionales, psicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo se expresara en forma completa. En caso contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se vera limitado dependiendo de la intensidad y persistencia del agente agresor. EL crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del numero de células o de la masa celular. El desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus

sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones” (23)

3.1. FACTORES QUE REGULAN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

En el complejo proceso de crecimiento, participa una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo. En algunas circunstancias dichos factores favorecen el crecimiento, mientras que en otras retrasan. En forma general pueden agruparse los factores que regulan el crecimiento, de la siguiente manera:

Factores nutricionales: se refiere a contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo.

Factores socioeconómicos: es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorecidas. Si bien este fenómeno responde a una asociación multicausal, el solo hecho de contar con pocos recursos tiene implicancias sobre el crecimiento.

Factores genéticos: ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aún entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos. En algunas circunstancias pueden ser responsables de las apariciones de enfermedades secundarias a la existencia de aberraciones en la estructura de los genes.

Factores emocionales: se relaciona con la importancia de un ambiente psicoafectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo

del crecimiento. Los estadios de carencia afectiva se traducen entre otras manifestaciones, en la detención del crecimiento.

Factores neuroendocrinos: Participa en el funcionamiento normal de un organismo. Su actividad se traduce en el efecto modulador que ejerce sobre las funciones preexistentes. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden manifestarse en una aceleración o retraso en el crecimiento y desarrollo. (24)

2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 6 12 MESES

Entre los 6 a 12 meses de edad se produce una exploración de la movilidad y de la exploración del mundo inmediato avances en la comprensión cognitiva y en la capacidad de la comunicación y nuevas tensiones relacionadas con los temas de vínculos y separación. El lactante desarrolla deseos e intenciones, características bien recibidas para la mayoría de los padres, pero que siguen considerando difíciles de manejar.

2.1. Desarrollo físico y fisiológico: El crecimiento se hace más lento, a los 6 meses se ha duplicado el peso de su nacimiento. El aumento de peso es de 90 a 150 gr., semanales durante el semestre siguiente. El aumento de estatura es de 1.25 cm. /mes durante el semestre siguiente. Puede iniciarse la dentición con los dos incisivos centrales inferiores, mastica y muerde. A los 7 meses de los incisivos centrales superiores, a los 8 meses empieza a tener regularidad en las excreciones vesical e intestinal. A los 11 meses suele comenzar la erupción de los laterales inferiores, A los 12 meses se ha triplicado su peso del nacimiento, ha aumentado su talla al nacimiento en 50%, La fontanela anterior esta casi cerrada, disminuye el reflejo de Landau, desaparece el reflejo de Babinski, aparece la curva lumbar y es evidente la lordosis durante la caminata

El estomago aumenta su capacidad gástrica, a los 6 meses de 130-210 ml, y a los 12 meses es de 200-300 ml. Hasta los 3 a 4 meses el niño presenta una menor capacidad para digerir hidratos de carbono complejos

(almidones) debido a la menor actividad de la amilasa pancreática, que alcanza un nivel significativo recién a esta edad. También esta presenta el reflejo de profusión (que determina que el alimento introducido en la parte anterior de la cavidad bucal sea frecuentemente expulsado)

Entre los 4 y 6 meses maduran por completo la deglución y aparece una masticación rudimentaria. Hasta los 6 meses el niño tiene limitada capacidad de absorber grasa saturada de cadena larga, esta inmadurez se compensa por la existencia de lipasas linguales y gástrica y además de una lipasa específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno, en presencia de las sales biliares. La función renal reducida al nacer mejora durante el año y asemeja a la de adulto cuando se llega al primer año. Llegando a madurar completamente hasta la mitad del segundo año.

2.2. Desarrollo neuromuscular: A esta edad la coordinación psicomotriz se va desarrollando progresivamente, a los 6 meses trata de tomar los objetos con la mano, voltearse de cubito dorsal al abdominal y reconoce a los familiares con sonrisa. A los 7 a 8 meses, es capaz de sentarse solo y luego gatea, a los 11 meses se inicia la bipedestación apoyándose en el barandal, cuna o mueble cercano. Al año, se empieza a dar primeros pasos, cruza una silla a otra, da el juguete a la madre cuando se le pide y extiende su mano para recogerlo.

2.3. Desarrollo emocional: La aparición de la constancia del objeto. El lactante mira de un lado a otro a un extraño que se aproxima y a su madre, como si comparara lo conocido con lo desconocido, y quizás agarre a la madre o llore con ansiedad. Las separaciones suelen hacerse más difíciles. Al mismo tiempo surge una nueva demanda de autonomía. El niño deja de consentir en ser alimentado, girando la cabeza cuando se aproxima la cuchara o insistiendo en sostenerla el mismo. La autoalimentación con los dedos le permite ejercitar sus habilidades motoras finas recién adquiridas (la presión o con la pinza) y ésta puede ser la única forma que el niño coma. Las rabinetas hacen su primera aparición cuando los impulsos de autonomía y aprendizaje chocan con los controles paternos y con las limitaciones de las habilidades del propio niño.

2.4 Comunicación: A los 7 meses, el niño es diestro en la comunicación no verbal, expresa una amplia gama de emociones y responde al tono vocal y a las expresiones faciales. Hacia los 9 meses comienza a darse cuenta que puede compartir sus emociones con otras personas y empieza a mostrar alegremente sus juguetes a los padres como diciéndoles: “cuando veas esto también estarás contento”. Entre los 8 y 10 meses, el balbuceo adquiere una nueva complejidad, con sílabas múltiples. A esta edad los libros y dibujos constituye el contexto ideal para la adquisición del lenguaje verbal. (25)

4. NUTRICION Y CRECIMIENTO

Para que el crecimiento del niño se desenvuelva normalmente, es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a la cantidad, calidad y proporción armónica de sus componentes.

En la naturaleza existe seis tipos de nutrientes: las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua. Cada uno desempeña una función específica en el organismo:

Función energética: Provee la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo.

Función estructural: provee el material para la formación de tejidos y órganos; son los ladrillos con que se construye el cuerpo.

Función reguladora: Favorece el desarrollo de las funciones estructurales y energéticas

4.1 Nutrientes con función energética: la energía aportada por estos alimentos se expresa en calorías. Por ejemplo: los carbohidratos aportan 4 calorías por cada gramo, las grasas 9 calorías por cada gramo y las proteínas, 4 calorías por cada gramo.

Los carbohidratos constituyen la fuente principal de energía de una dieta habitual (alrededor del 60%- 80% de todas las calorías ingeridas). Entre ellos tenemos papa, camote, azúcar, miel, fideos entre otros.

Las grasas son una fuente importante de provisión de energía. El organismo utiliza las grasas como reserva natural de energía. Además tienen una función básica en el proceso de crecimiento, especialmente en el desarrollo del sistema nervioso, la síntesis de hormonas entre otras.

Las proteínas constituye una fuente de energía, pero su utilización es compleja y el organismo no las usa como fuente habitual de energía, sino como reserva y estructuración de tejidos.

4.2. Nutrientes con función estructural: pertenecen a este grupo las proteínas que intervienen en la formación de nuevos tejidos. Las proteínas pueden ser de origen animal, como vegetal. Los alimentos de origen animal son la leche y derivados, carnes y huevos. Las proteínas de origen vegetal, exigen algunas medidas para facilitar su digestibilidad. En términos generales la proporción de proteínas en los diferentes alimentos vegetales son las siguientes: menos del 10% los vegetales de hoja y cereales (avena, arroz, trigo, maíz) alrededor del 20% las legumbres (menestras) y 30% la soya.

4.3 Nutrientes con función reguladora: Son aquellos que favorecen la utilización adecuada de las sustancias estructurales y energéticas. Se encuentra presente en las frutas y verduras, además proveen minerales y vitaminas. (26)

5. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de promover el óptimo crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada.

La alimentación complementaria es la que “complementa” a la leche materna, también es conocida como alimentación durante la ablactancia. Es

el periodo en que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna esta alimentación comprende de frutas o jugos, verduras, papas, mantequilla cereales carne, hígado, pescado y huevos. Sin embargo este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el transito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos preparados, a veces en condiciones no higiénicas. La desnutrición es más frecuente en este periodo. (27)

Según las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son:

- Todo niño menor de 6 meses deberá recibir lactancia materna exclusiva.
- Los niños de 6 meses al año deben recibir la alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna.
- En los niños de un año a 2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad y frecuencia y se iniciándose la alimentación de la olla familiar.

5.1 Inicio de la alimentación complementaria

La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses. En esta edad el niño(a) está preparado para aprender a comer alimentos diferentes a la leche .Además la leche materna ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño(a) para su crecimiento y desarrollo.

La introducción de alimentos sólidos o semisólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia de:

MASTICACIÓN-----DEGLUCIÓN-----DIGESTIÓN-----ABSORCIÓN

Si un niño(a) de cuatro o cinco meses no sube de peso, lo primero que hay que hacer es indagar a la madre si tiene algún problema con la lactancia (si ha disminuido la frecuencia de lactadas, si da de lactar al niño de día y noche, si el niño(a) ha estado enfermo: resfrío, fiebre u otros). Si aparentemente está sano, aumentar las frecuencias de lactadas en el día y la noche. Si la madre está siguiendo con las instrucciones y el niño (a) no sube de peso, se podrá iniciar la alimentación complementaria a esta edad. Nunca iniciarla antes de los cuatro meses.

5.2 Preparación y consistencia

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos. Los alimentos deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia:

LIQUIDOS ----- SEMISOLIDOS (papillas) ----- SÓLIDOS

Se deben ofrecer preparaciones espesas, tipos purés y mazamorras con leche, por que son preparaciones suaves y nutritivas, el niño(a) puede pasarlo fácilmente y satisfacer su hambre. Los purés y mazamorras deben ser ofrecidos al niño como alimentos principales, preparados con cereales, tubérculos, menestras con una pequeña porción de producto animal (pescado, hígado, sangre, huevo, pollo, leche, etc.) y un poquito de producto vegetal (zapallo, zanahoria, acelga, espinaca)

Para hacer nutritivas las mazamorras se aconseja agregar leche y prepararlas con cereales (arroz, sémola trigo, quinua, polenta, etc.) y/o harina (cebada, chochoca, trigo, maíz, alverja, habas, etc. Promover el uso de cucharita y plato o taza en la alimentación del niño(a), evitar el uso de biberón. El uso de sopas en los niños es muy generalizado. Explicar a la madre que estas no son tan nutritivas, por eso es recomendable que primero se le ofrece el puré y después otros líquidos.

5.3. Frecuencia de la alimentación complementaria

La capacidad del niño(a) es pequeña, por lo que es necesario ofrecer al inicio 3 a 5 comidas al día (6 a 8 meses), luego asegurar 5 al día (a partir de los 9 meses) diferentes a la leche materna.

5.4 Cantidad

Durante los 6 a 9 meses de edad el lactante debe consumir 18 grs. de proteínas y 500 calorías. Esto alcanza con 100 grs. de papilla de frutas, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne de pollo. Entre los 10 y 12 meses se debe proporcionar 19,6 grs de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100gr de papilla de fruta, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne molida y huevo.

La cantidad varía de acuerdo a la edad:

6 meses:	No todos los niños(as) son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de protusión por lo que aparenta estar escupiendo la comida, dar tranquilidad a la madre y decirle que tenga paciencia y que poco a poco el niño aprenderá a comer, así mismo decirle que insista de media a una hora. La cantidad e consumo dependerá del niño(a), pero no deberá preocuparse si al principio sólo come tres a cuatro cucharitas cada vez.
----------	---

- 7 meses: La cantidad se irá aumentando gradualmente y a los 7 meses ya deberá estar consumiendo más o menos $\frac{1}{2}$ taza cinco veces al día.
- 8-9 meses: Estará comiendo más de media taza aproximadamente o $\frac{3}{4}$ de taza, cinco veces al día.
- 12-24 meses: El niño(a) ya compartirá la comida de la olla familiar y deberá consumir aproximadamente lo equivalente a 1 taza cinco veces al día.

5.5 Combinación de los alimentos

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc. Las menestra estarán dadas por los frejoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro de los tubérculo la papa camote, yuca. Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará mas suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el te, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos. (28)

5.6 Tipo de alimento que debe consumir de acuerdo a la edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

5.7 Alergia alimentaria en los Lactantes

La leche materna protege a los lactantes de las reacciones adversas a los alimentos por tres vías: a) minimizando el tamaño de la dosis de proteína extraña ingerida; b) induciendo una maduración temprana de la barrera natural de la mucosa vs proteínas extrañas; c) aportando protección pasiva a través de la IgA secretora en la leche vs proteínas extrañas. Normalmente existe una barrera gastrointestinal que protege al organismo de antígenos extraños. Está formada por dos grupos de componentes: 1) Inmunológicos: IgA, IgE, IgM, IgG, linfocitos y macrófagos, placas de Peyer, IgA secretora intestinal e IgA secretora de la leche humana; 2) No inmunológicos: ácido gástrico, enzimas pancreáticas, enzimas intestinales, membrana de las microvellosidades y la capa mucosa.

En el momento en que la naturaleza de la dieta se altera, como sucede con la introducción de alimentos ocurren complejos cambios fisiológicos. De esta situación pueden resultar efectos profundos en la respuesta inmune no sólo porque los antígenos en el lumen son diferentes, sino también debido a la ingestión y digestión alterada. Por ejemplo, las enzimas proteolíticas de las secreciones digestivas, la motilidad intestinal, la rapidez de absorción y el patrón de defecación influyen sobre la cantidad del antígeno presente en un segmento particular del intestino. Por otro lado, un cambio en la flora bacteriana puede exponer al tejido linfo-reticular asociado

al intestino a sustancias inmuno-modulatorias muy potentes como es el caso de las endotoxinas.

La hipótesis más aceptada en la patogenia de la alergia alimentaria se refiere a la carencia relativa de IgA secretora en el lactante que permite una absorción excesiva de antígenos alimentarios que estimulan el sistema de anticuerpos IgE y el consecuente desarrollo de una reacción adversa al alimento. Asimismo, esta respuesta de IgE es dependiente de la interacción de las células T ayudadoras y supresoras.

Los alergenitos más conocidos en el mundo son la clara de huevo, naranja, trigo, frijol de soya, cacahuates, pescado, tomate, piña, edulcorantes, chocolate, mariscos. (29)

5.8 Riesgos de la Alimentación Complementaria Temprana

Se ha reconocido que los lactantes menores de cuatro meses de edad no se encuentran aptos para recibir alimentos semisólidos, ni éstos son necesarios cuando son alimentados con lactancia materna exclusiva.

La inmadurez neuromuscular puede ser un factor asociado a problemas de la deglución. Los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del tercer mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria como sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño. Otro problema radica en que el lactante menor de cuatro meses es incapaz de expresar cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre.

Riesgo a corto plazo

Un hecho demostrado es que la introducción de alimentos diferentes de la leche humana, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En estas circunstancias el alimento suministrado no será complemento de la leche materna sino más

bien un sustituto parcial e inadecuado. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja. Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos.

Parece existir un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón y mamila. Cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria (caries con predilección de incisivos superiores y caninos). A este fenómeno se le ha llamado "caries del biberón".

Otro riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo. Se observa sobre todo en sectores marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres, y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación. Así, cuando se ofrecen en forma temprana otros alimentos a lactantes alimentados con leche materna, puede propiciarse una mayor incidencia de procesos diarreicos agudos y repetidos con la consecuente desnutrición y desaceleración del crecimiento del niño.

Riesgos a largo plazo

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo. Esto sucede a través de dos mecanismos: primero, por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problemas de salud.

Obesidad

Un aspecto importante es la relación entre prácticas de alimentación y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. Aún cuando no se han realizado estudios prospectivos a largo plazo, estudios retrospectivos y prospectivos a corto plazo, tienden a sostener la hipótesis de que es conocida tanto la desnutrición como la sobrealimentación en la infancia pueden conducir a una obesidad tardía. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardíaca e hipercolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

6. HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio

A continuación presentaremos las reglas:

- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservado a una temperatura adecuada.
- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.
- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.
- Calentar suficientemente los alimentos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados

Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos,

tablas, trapos, etc. que anteriormente hallan tocado un alimento crudo contaminado).

- Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas. Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un depósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.
- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaria.
- Utilizar exclusivamente agua potable.
- El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario.(30)

7. Estado nutricional del niño

El estado nutricional es el resultado de la utilización de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad.

Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicos y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y muy útiles. Las medidas

antropométricas mas utilizadas en la evaluación nutricional son el peso, la talla, la circunferencia braquial, y los pliegues cutáneos. Al establecer relaciones entre ellos se denominan índices, los índices más usados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad.

Peso para la talla: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

Talla para la edad: El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica. Este indicador es muy específico para esta condición nutricional, pero no es útil para evaluar el adelgazamiento. Frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año.

Peso para la edad: Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Sin embargo, este es un indicador muy inespecífico, pues no distingue entre niños adelgazados y niños con retardo en el crecimiento. (31)

8. Elaboración de nuevo patrón de crecimiento infantil

Desde los años 70 se venía utilizando los patrones del NCHS basadas en mediciones realizadas en una población no seleccionada, que incluía niños sanos, enfermos, malnutridos, etc. de un solo país. En 1993, la OMS planteó que el patrón NCHS/OMS no representaba adecuadamente el patrón de crecimiento normal y que por tanto se necesitan nuevas curvas de crecimiento que reflejara el ideal de cómo deberían crecer los niños.

El 23 de Abril del 2006 se presentó los Nuevos Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS en un evento que contaba con la presencia del Dr. Manuel Peña, Representante de la OPS/OMS en el Perú, el Dr. Carlos Vallejos, Ministro de Salud y la Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional OPS/OMS. Para la obtención de este nuevo estándar o Patrón de Crecimiento Infantil se estudiaron poblaciones sanas de 6 países del Mundo escogidos al azar: Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán. Las condiciones para incluir a las niñas y niños en el estudio fueron vivir en un ambiente saludable, con lactancia materna y nutrición adecuada, que las madres no sean fumadoras y que no hayan padecido enfermedades importantes. Este estudio confirma que todos los niños y niñas, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención adecuada desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse de una forma parecida y dentro de un rango similar de talla y peso.

“El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.” (26). En términos prácticos, esto permitirá identificar con mayor precisión las desviaciones del crecimiento normal, que caracteriza a los grupos más vulnerables o en riesgo, y que permita detectar a tiempo el problema para intervenir de manera oportuna y exitosa. Mediante este nuevo patrón, los padres, médicos, enfermeras, nutricionistas, y los encargados de formular políticas y defensores de los niños podrán determinar si se satisfacen o no las necesidades nutricionales, de cuidado y atención de salud de los niños. La desnutrición y el sobrepeso así como otros trastornos del crecimiento, podrán entonces detectarse y abordarse en una fase temprana. Los reflejos de este cambio serán evidentes, no sólo en el Perú sino en todos los países del mundo. Con las nuevas tablas el patrón ideal es más esbelto. Por lo tanto, se estima que habrá un 20% más de niñas y niños con sobrepeso y obesos. La proporción de niños desnutridos también va a aumentar en todos los países, aproximadamente entre un 5 a un 10%. *En el Perú con el nuevo patrón de crecimiento, se estima que la desnutrición*

crónica infantil en niños de entre 0 y 5 años, se elevará de 25% a 31%, aproximadamente (32)

Esto no quiere decir que la situación nutricional en el Perú se haya agravado, lo que ha pasado es que al cambiar el patrón de referencia la medida actual es más “exigente” es decir que al clasificar al desnutrido se está aplicando un criterio más objetivo y exigente. En otras palabras la explicación técnica es que ha cambiado el patrón de la desnutrición, basándose en criterios ideales que explican cómo debe crecer el niño.

Tabla nutricional de Gómez y Waterlow

El instituto de investigación Nutricional, a través de diversos estudios ha elaborado una tabla basada en los valores de la población de referencia de la NCHS. Esta tabla de valores de la medida es de fácil manejo y análisis contiene la distribución del peso y la talla, según los meses de edad y sexo. Para los resultados de cada indicador está clasificado según la propuesta de Gómez (P/E) y Waterlow (P/T) como se observa en el siguiente cuadro:
Clasificación de indicadores según grados de déficit y normalidad

INDICADORES	GRADOS			
	Normal	I	II	III
Peso / Edad	>90	95-76	75-61	<60
Talla /Edad	>95	95-91	90-86	<85
Peso /Talla	>90-110 >110 sobrepeso	90-81	80-71	<70

9. INTERVENCIONES ESENCIALES EN LA ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

El personal de salud deberá implementar las intervenciones esenciales para la atención de las niñas y los niños, tanto individuales como comunitarios. Dentro de las intervenciones individuales tenemos el Control de Crecimiento y desarrollo, consejería nutricional en niños y niñas con problema de Alimentación y Nutrición, Inmunizaciones, estimulación temprana, Suplementación de sulfato ferroso, Suplementación con vitamina A, Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la infancia – AEIPI

Control de Crecimiento y desarrollo:

Conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a las niñas y niños menores de 10 años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, que incluye maduración de las funciones neurológicas, detección temprana de cambios y riesgos en sus estado de salud, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de esta manera reducir la duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte. Los servicios de salud garantizarán esta atención de manera periódica y sistemática, la misma que debe incluir:

- Valoración y monitoreo nutricional: Evaluación y fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada
- Evaluación física
- Evaluación del desarrollo con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), el test de desarrollo psicomotor (TEPSI) o el test abreviado del desarrollo psicomotor (TA)
- Evaluación del calendario de inmunizaciones
- Evaluación de la agudeza visual y auditiva
- Tamizaje de anemia (entre los 6 y 24 meses)
- Descarte de parasitosis

- Valoración de la situación de violencia familiar(abuso sexual y maltrato infantil)
- Detección de la intoxicación por plomo y/o mercurio (en zonas de riesgo)
- Detección de problemas nutricionales y de desarrollo.
- Suministro de vitamina A y Sulfato ferroso
- Detección de otros factores de riesgo (VIH, Hepatitis B)
- Consejería
- Elaboración y monitoreo del plan de Atención Integral de Salud

10. ROL EDUCATIVO DE LA ENFERMERA EN EL COMPONENTE DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

El objetivo de este Componente es promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, con la activa participación de la familia, las instituciones comunales organizaciones y el sector salud en conjunto (33). Con respecto a los objetivos específicos se considera aquellos relacionados con el crecimiento que están dados por:

- Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- Promover y apoyar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años.
- Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.
- Promover y fomentar adecuadas practicas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos.
- Detectar los riesgos de desnutrición a las deficiencias nutricionales y a establecidas en el niño menor de 5 años para su oportuna intervención.

- Apoyar en las acciones de intervención en los niños con deficiencia nutricional.
- Intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional.

Los Aspectos Relacionados con el desarrollo

- Promover a nivel de los hogares prácticas de estimulación del desarrollo psicomotor que ayuden al niño a alcanzar el máximo de sus potencialidades.
- Detectar precozmente las alteraciones del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años, para su oportuna intervención.
- Intervenir en la recuperación y rehabilitación del niño con problemas en el desarrollo, involucrados en la familia y comunidad.
- Apoyar a las acciones de intervención de la familia y comunidad en el niño detectado con problemas de desarrollo.
- Promover la activa participación de organizaciones o profesionales que brinden servicios de estimulación temprana y rehabilitación del niño con problemas en el desarrollo.
- Promover y apoyar las acciones del programa ampliado de inmunizaciones.
- Orientar a la familia para prevenir atender las enfermedades prevalentes y accidentes de los niños.

Paquete CRED

Contiene:

- Carné de CRED: gráficos peso /talla y tablas BPN
- Evaluación antropométrica, clasificación y riesgo en el carne de control de CRED.
- Examen físico completo.
- Control de desarrollo empleando test según corresponda.

- Atención y consejería en: inmunizaciones, alimentación IRA, rehabilitación, prevención de accidentes.
- Evacuación del consumo de alimentos.
- Evaluación de ganancia de peso.
- Suplementación con hierro.
- Derivación precoz de niños con enfermedades prevalentes.

Número de atenciones en el niño

Según la norma técnica de Salud, las intervenciones serán en los siguientes meses:

Control de crecimiento y desarrollo: 1º, 2º, 4º, 6º, 7º, 9º, 12º, 15º, 18º, 21º, 24º, 30º, 36º, 42º, 48º y 54º meses de edad según la normativa vigente en Control de Crecimiento y Desarrollo.

Las intervenciones con respecto de Estimulación temprana. Estas sesiones se realizarán al 1º, 2º, 4º, 6º, 7º, 9º, 18º, 21º, 24º, 30º, 36º, según la normativa vigente de estimulación temprana.

Dentro del Componente niño, niña, la enfermera también funciona de educadora ya que es la que tiene contacto directo con la madre y de esta manera influenciar, orientar, asesorar, supervisar las adecuadas prácticas en el aspecto nutricional del niño, así como también en su desarrollo psicomotor.

Las actividades que realiza la enfermera en el Componente niño, niña son de gran impacto por ejemplo en la reducción de los índices de problemas nutricionales en los grupos de mayor riesgo, destacando el componente preventivo/promocional de la atención.

De ahí que su responsabilidad es cada día más creciente así como su rol profesional.

C. CONSEJERÍA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Es necesario que las madres opten prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de los lactantes y esto se va lograr a través de la educación como una dimensión de la acción cultural, es decir haciendo uso del conocimiento cultural (práctico) de la madre; pero encaminandolo hacia el conocimiento científico. Lo que actualmente se conoce como interacción, comunicación, transformación. (34)

- Para realizar esta actividad, será necesario evaluar la historia alimentaria del niño, a fin de conocer los hábitos alimentarios, brindando una consejería adecuada a la madre ó responsable de la alimentación del niño, sobre su beneficio y el aumento del apetito; así como apoyar la confianza de la madre con soluciones simples pero efectivas.
- Se orientará a la madre sobre la consistencia de las comidas (deberán ser espesas y ricas en micronutrientes), Ejemplo:
 - * Pescado con menestras
 - * Vísceras con menestras
 - * Menestras con vitaminas “C” (limonadas, naranjadas).Así mismo se recomendará la frecuencia de alimentación (5 veces al día), los alimentos de origen animal por aportar los micronutrientes; priorizando el siguiente orden para su utilización:
 - * Hígado
 - * Sangresita
 - * Bazo
 - * Bofe
 - * Pescado
- Además se utilizará la combinación de estos con otros alimentos para promover el concepto de la variedad y diversificación de la dieta diaria.
- A fin de unificar criterios sobre mensajes claros de la consejería nutricional se utilizará el laminario "Una mejor alimentación para tu niño".

- Si el niño está enfermo se recomendará que debe comer la misma cantidad pero en forma fraccionada y cuando esté convaleciente, aumentar la calidad y cantidad de comidas.

12. ROL DE LA MADRE COMO CUIDADORA

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aun si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

Estas son algunas características que debe tener la madre como cuidadora:

El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.

La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño.

Debe brindarle seguridad, protección al niño, pero a la vez estimulando la autonomía del niño.

La madre debe ser responsable de sus actos, mantener buenos modales ante ellos, ya que los niños tienen a juzgar por la manera en que la madre luce y actúa, y por las palabras que dice.

La madurez en la madre también debe estar presente; ser sensata y actuar con calma ante una emergencia.

Las madres deben ser siempre precavidas, proteger a su niño de cualquier peligro y estar siempre alertas.

Con respecto a su alimentación la madre debe saber que es un factor central en las primeras relaciones de ella y el niño. La madre pronto descubre que alimentando al niño consigue que se tranquilice y retorne a una situación de bienestar. A la vez el niño descubre que algo sucede cuando siente un malestar importante (hambre) y llora. Lo cual es calmado cuando la madre le brinda alimentación al niño. En los primeros meses el niño, irá descubriendo esta respuesta y progresivamente el hambre será mejor tolerado, porque va percibiendo que su alimentación es regular y estable.

La madre debe ser paciente hasta que el niño se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño. Por ejemplo la madre debe saber que cuando se introducen alimentos semisólidos a un lactante que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que ella se sienta frente a una mesa donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, siente a su hijo sobre sus piernas y le permita recargarse contra su brazo izquierdo.

Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al niño para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose.

Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la

cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo. De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social. (35)

G. HIPOTESIS

Hipótesis de estudio:

Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

Hipótesis nula (H_0): No existe relación entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición operacional de términos fin de facilitar la comprensión en el estudio.

Alimentación Complementaria: Introducción de alimentos semisólidos junto con la leche materna en los niños a partir de los seis meses de edad.

Conocimiento: Información que tiene la madre acerca del inicio, frecuencia, consistencia y tipo de alimentos semisólidos en la dieta del niño a partir de los seis meses de edad.

Estado nutricional: Es el resultado que se obtiene al evaluar el peso y la talla en relación a la edad valorándolo en Desnutrido global, Desnutrido crónico, Desnutrido agudo, normal, sobrepeso y obesidad.

Consultorio de Crecimiento y Desarrollo: Es el lugar en donde la enfermera atiende al niño, valora su estado nutricional y brinda educación a la madre que acude al consultorio.

Madre: persona con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.

CAPÍTULO II:

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El presente estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio.

B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE

El estudio se realizó en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Conde la Vega, perteneciente a la Red de Salud Lima Ciudad de la DISA V del distrito de Cercado de Lima. Ubicado en la margen izquierda del Río Rímac, en el A.A.H.H. Conde de la Vega, a dos cuadras de la Av. Morales Duaréz, específicamente en el Jr. Conde la Vega 488. Es un Centro de Salud de primer nivel de atención. El área niño cuenta con tres servicios el de Crecimiento y Desarrollo, Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, Enfermedades diarreicas agudas, Infecciones respiratorias agudas entre otros teniendo como equipo de salud al médico, enfermera y nutricionista, principalmente.

Este establecimiento de salud cuenta con 6 profesionales de enfermería 3 de ellas son enfermeras SERUMS. El servicio de CRED es atendido por profesional de enfermería siendo una de sus responsabilidades realizar actividades preventivas promocionales así como de orientación y

consejería, con énfasis a los grupos de alto riesgo nutricional (niños prematuros, de bajo peso, anemia)

C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA

La población estuvo conformada por todas las madres con lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño. La técnica de muestreo utilizado es no probabilístico, ya que se desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo accidental porque se consideró a las madres que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que duró la recolección de datos (20 días), siendo 50 madres con sus respectivos niños, los cuales responden a los siguientes criterios de inclusión:

Madres:

- Que por lo menos hayan tenido una intervención en CRED
- Que aceptan participar en el estudio.
- Que hablen castellano.

Lactantes:

- Lactantes de 6 a 12 meses de edad.
- Lactante nacido a término

Los criterios de exclusión son:

Madres:

- Que por primera vez ingresan a CRED.
- Madres que no aceptan la participar en el estudio.

Lactantes

- Lactantes menores de 6 meses y mayores de 12 meses de edad
- Lactantes preterminos
- Lactantes que estén cursando con una enfermedad aguda.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la recolección de datos la técnica que se utilizó fue la entrevista, El instrumento fue el formulario constituido por preguntas mixtas (de tipo abierta y cerrada) en su estructura el instrumento consta de introducción, datos generales de la madre y del niño, datos específicos referidos al conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria (Ver anexo B) y la ficha de evaluación del Estado Nutricional de la NCSH.

El formulario fue sometido a validez de contenido mediante el Juicio de Expertos, conformado por ocho profesionales del campo de la salud, con experiencia en investigación, de los cuales fueron 3 enfermeras en el área niño, 2 docentes del área de investigación, 1 pediatra, 1 estadístico y 1 nutricionista.

Los resultados emitidos por los expertos fueron procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez, donde si $p < 0.05$ la concordancia es significativa. (Ver anexo D).

Luego de realizar las recomendaciones en el instrumento. Se realizó la prueba piloto con 15 madres el cual fue sometido a validez estadística mediante la prueba coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (Ver anexo E). Los resultados del piloto fueron que el 40% de madres encuestadas tienen un nivel de conocimientos alto, 36 % tienen un nivel de conocimientos medio y 24% tiene un nivel de conocimientos bajo sobre la alimentación complementaria. El 94% de lactantes presentan un estado nutricional normal y 6% presenta desnutrición crónica.

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se realizaron las coordinaciones con el médico jefe del Centro de Salud, la enfermera encargada del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño. La entrevista se realizó previo consentimiento informado a las madres. (Ver anexo C). La recolección de

datos tuvo una duración de veinte días, en las mañanas, de lunes a sábados.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel 12 previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz (Ver anexo F). Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

Para el análisis de la Variable Nivel de Conocimiento, se aplicó la prueba de Stanones en tres categorías: Alto, medio y bajo; Nivel alto: 9-12 puntos, Nivel medio: 8-7 puntos, Nivel bajo: 6-0 puntos (Anexo G). Para establecer la relación entre el nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante se utilizó la prueba de significancia estadística: Chi cuadrado (X^2) (Ver anexo H)

G. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se ejecutó previa autorización del Director del Centro de Salud y Enfermera responsable del consultorio de CRED y el consentimiento informado de las madres de niños de 6 a 12 meses que asistieron al Consultorio de CRED. (Ver Anexo C)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A) Datos Generales

Luego de recolectar los datos estos fueron procesados manualmente y presentados en gráficos para realizar el análisis e interpretación. Así tenemos que:

Con respecto a la edad de la madre de un total de 50 madres encuestadas (100%), 9 (18%) tienen de 17 a 20 años de edad, 20 (40%) de 21 a 24 años, 9 (18%) tienen 29 a 32 años y 3 (6%) entre 33 y 37 años de edad.

En relación a su ocupación, 46 (92%) son amas de casa y 4(8%) trabajan.

De un total de 50 lactantes evaluados (100%), 31(62%) son de sexo masculino, 19 (38%) son de sexo femenino. Ver (Anexo I). Acerca de la edad del lactante 18 (36%) tienen 6 meses, 8 (16%) 7 meses, 10 (20%) 8 meses, 5 (10%) 9 meses, 2 (4%) 10 meses, 3 (6%) 11 meses y 4 (8%) tienen 12 meses. (Ver anexo J)

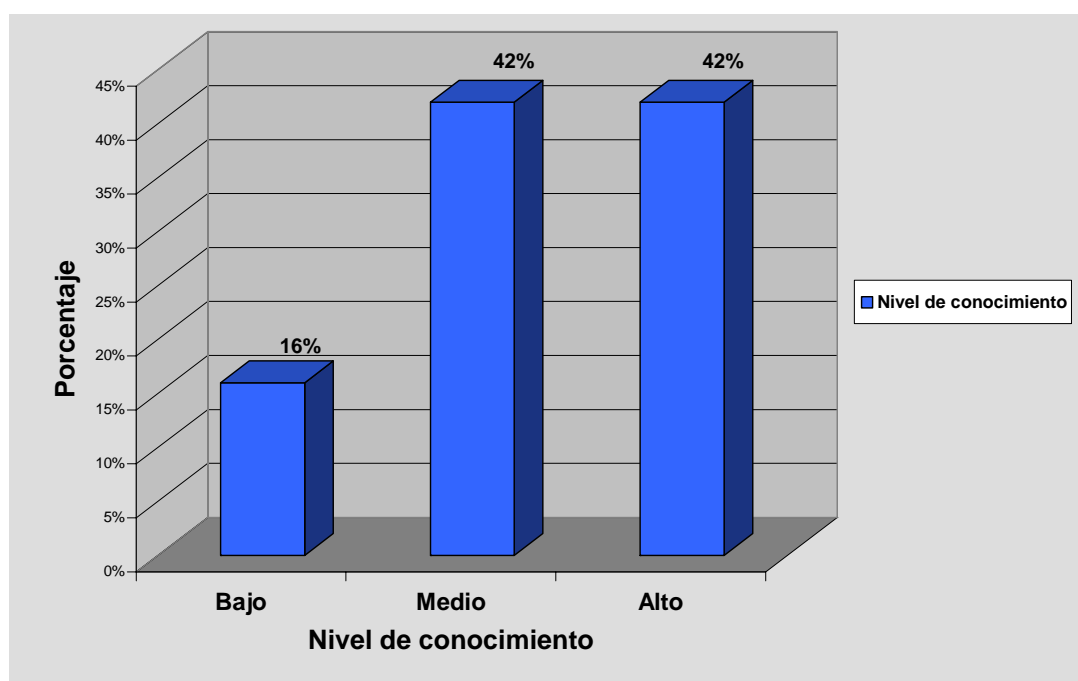
Los datos permiten afirmar que la mayoría de las madres pertenecen al grupo etáreo de adultas jóvenes, tienen secundaria completa y son amas de casa.

La mayoría de los lactantes son de sexo masculino y prioritariamente de 6 a 8 meses de edad.

B) Datos Específicos:

GRÁFICO N° 1

**Nivel de conocimientos de las madres acerca de la alimentación
complementaria en los Niños de 6 a 12 meses que asisten al
Consultorio de CRED C.S. Conde de la Vega Baja
Lima-Perú
2008**



Fuente: Instrumento aplicado a las madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el C.S. Conde de la Vega .Enero 2008.

Acerca del nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria se tiene que de un total 50 (100%), 8 (16%) tienen un nivel de conocimiento bajo, las madres con nivel de conocimiento medio y alto tienen un mismo porcentaje 42% con una diferencia del 26% con respecto de las madres con nivel de conocimiento bajo.

La mayoría de las madres que tienen un nivel de conocimiento alto y medio definen a la alimentación complementaria como la introducción de alimentos semisólidos más la leche materna, la edad en que refieren se debe iniciar es a los 6 meses, la cantidad y consistencia de los preparados son de acuerdo a la edad y la dentición del niño, la frecuencia que mencionan ser la adecuada es de 5 veces al día, la dieta que refieren como ideal es puré mas hígado de pollo acompañado de una fruta o jugo de fruta.

Con respecto a la inclusión de los alimentos potencialmente alergénicos como la clara de huevo y cítricos, refieren que se debe incorporar a los 11 y 12 meses de edad respectivamente, de igual manera los alimentos de difícil digestión como el pescado, carnes rojas y menestras a los 10 meses de edad. Además conocen las principales medidas higiénicas para la preparación de los alimentos como el lavado de manos, lavado de los alimentos y la conservación de éstos fuera del alcance de animales. Los conocimientos de estas madres con nivel de conocimiento alto y medio son aceptables con la literatura.

En cuanto el nivel de conocimiento bajo está relacionado a que el 50% de las madres definen a la alimentación complementaria como la introducción de alimentos semisólidos sin la leche materna, refieren que la frecuencia de los alimentos que se debe brindar a sus niños es de 3 a 4 veces al día, las madres de niños de 10 a 11 meses de edad refieren que la cantidad correcta de alimento que debe consumir su niño es $\frac{1}{2}$ taza y consideran a la sopa como alimento importante en la dieta del niño. Frases como: *“Señorita yo le doy sopa de huesos porque está bien concentrada”*. *“El caldo de chilcano es muy nutritiva”* son muy comunes en la entrevista con éstas madres.

La alimentación complementaria es la que complementa a la leche materna. Consiste en la introducción de alimentos semisólidos a la dieta del niño. La edad de inicio es a los 6 meses, a partir de esta edad los alimentos sólidos se vuelven prioritarios en su alimentación ya que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal se encuentran desarrollados para la introducción de

nuevos alimentos diferentes a la leche materna que son necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño. La consistencia es semisólida (aplastados) lo cual es muy importante para la estimulación sensorial y psicomotriz del lactante. La frecuencia de la alimentación es de 5 veces al día, distribuidas en la mañana lactancia materna o desayuno, a media mañana fruta aplastada o mazamorra, al medio día el puré como almuerzo, en la tarde la mazamorra y en la noche el puré como cena, haciendo la observación de que la lactancia materna acompaña a la alimentación durante todo el día a libre demanda. La cantidad brindada al lactante es de acuerdo a su edad, de los 6 a 7 meses recibe 3 a 5 cucharitas a los 8 a 9 meses de edad deberá estar consumiendo mas o menos $\frac{1}{2}$ taza de los 10 a 11 deberá consumir $\frac{3}{4}$ de taza y a los 12 meses de edad aproximadamente lo equivalente a 1 taza. Con respecto a la inclusión de alimentos de los 8 a 10 meses de edad se incluyen las menestra sin cáscara, $\frac{3}{4}$ de yema de huevo además las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado (Normas de alimentación en menores de 1 año-CENAN)

Por lo expuesto se aprecia que el nivel de conocimiento de la mayoría de las madres de los lactantes es entre alto y medio, lo cual favorece que sus niños obtengan un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social, considerando que los conocimientos son puestos en práctica.

Las madres con un nivel de conocimiento medio tienen una mayor posibilidad aunque no tan relevante a que sus niños presentan malnutrición por defecto o exceso. Además cabe señalar que existe un porcentaje significativo de madres con un nivel de conocimiento bajo (16%) las cuales están más propensas a que sus niños no cubran adecuadamente los requerimientos nutricionales, por ende aumente la posibilidad que exista un déficit cognitivo, emocional y social.

A continuación la Tabla N° 1 donde se presenta los conocimientos de las madres en los diferentes aspectos de la alimentación complementaria.

Tabla Nº 1
Conocimientos de las madres sobre alimentación
complementaria C.S. Conde de la Vega Baja
Lima-Perú. Febrero
2008

Conocimientos	Conocen		Desconocen		Total
	N	%	N	%	N
1. Definición de la alimentación complementaria	35	70	15	30	50
2. Edad de inicio de la alimentación complementaria	33	66	17	34	50
3. Alimento de inicio de la alimentación complementaria	25	50	25	50	50
4. Consistencia de los alimentos según edad	40	80	10	20	50
5. Frecuencia de los alimentos	21	42	29	58	50
6. Cantidad de los alimentos según edad	26	58	24	48	50
7. Combinación de los alimentos	41	82	9	18	50
8. Inclusión del tipo de alimentos según edad	15	30	35	70	50
9. Medidas higiénicas	44	88	6	12	50

Si bien es cierto la mayoría de madres conocen la definición y edad de inicio de la alimentación complementaria, no se puede dejar de mencionar a un 30 % y 34% respectivamente que desconocen. La mayoría de éstas madres refiere que la alimentación complementaria es la introducción de alimentos semisólidos sin la leche materna, una cantidad minoritaria señala que es solo leche materna, con respecto a la edad de inicio mencionan que es de 3 a 4 meses de edad. Es importante que las madres internalicen estos conceptos para proporcionar una lactancia prolongada además porque en el lactante de seis meses el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal del lactante se encuentran desarrollados para la introducción de nuevos alimentos diferentes a la leche materna que son necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niños y porque las necesidades nutricionales del niño han aumentado.

Se observa que en relación al tipo de alimento la mitad de las madres mencionan a los caldos (caldo de huesos , caldo de chilcano, entre otros) como alimento de inicio de la alimentación complementaria lo cual es una práctica común relacionada a la creencia de que los huesos esta la “sustancia” entendida esta como lo más nutritivo, siendo esto no ideal porque los caldos no cumple con los requerimientos nutricionales, además la pequeña capacidad gástrica del lactante de 6 meses hace preferible a los alimentos semisólidos como ideal para los niños.

El 58% de las madres desconocen la frecuencia de los alimentos que se debe brindar al lactante durante el día, de éstas la mayoría manifiestan que la frecuencia correcta de los alimentos es de 3 a 4 veces y una pequeña cantidad menciona 2 veces al día.

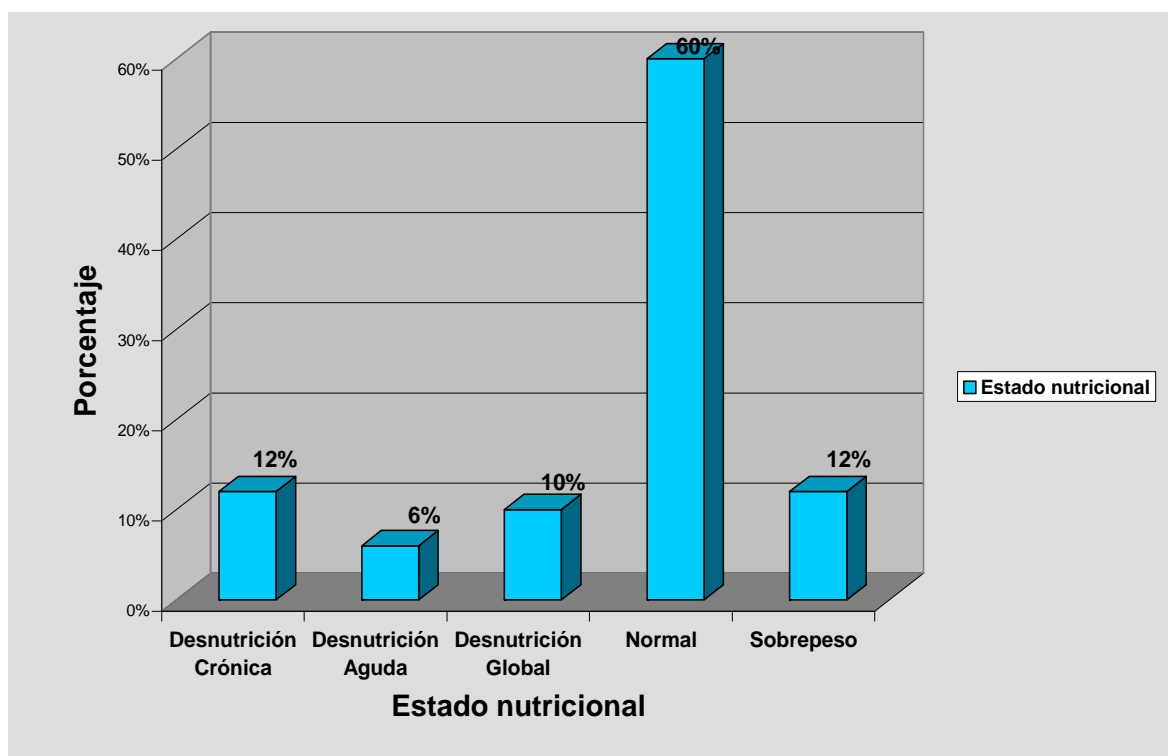
Casi la mitad de las madres desconoce la cantidad de alimento que debe recibir el lactante de acuerdo a la edad, siendo esto más visible en las madres de los lactantes de 10 a 11 meses quienes refieren cuales refieren que la cantidad correcta es de ½ taza y de ½ a ¾ de taza para los lactantes de 12 meses de edad.

El desconocimiento de la madre sobre la frecuencia y la cantidad del alimento que se debe brindar al lactante puede inducir a una falta de satisfacción de los requerimientos nutricionales lo que producirá una disminución en la velocidad de la ganancia ponderoestatural del crecimiento que si es prolongado facilitará el riesgo a la desnutrición, con el consiguiente riesgo a desnutrición limitando que el niño alcance su potencial de desarrollo físico y mental.

El 70% de las madres desconoce la inclusión de los alimentos de acuerdo a la edad, la mayoría de ellas menciona que se debe incluir los cítricos y la clara de huevo a partir de los 9 a 10 meses de edad, resultando esto perjudicial en el lactante ya que los alimentos se deben incluir gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico y capacidad gástrica. Además tanto la clara de huevo como los cítricos son las causas más comunes de las alergias alimentarias en los niños.

La mayoría de las madres (88%) conocen las principales medidas de higiene de los alimentos respondiendo en orden de prioridad: el lavado de manos, lavado de los alimentos y la conservación de éstos fuera del alcance de animales, pero cabe señalar que existe un 12% que desconoce las principales medidas higiénicas para la preparación de los alimentos poniendo en riesgo a sus niños a padecer infecciones gastrointestinales, la cual es prevalente en la infancia y causante del círculo infección-desnutrición-infección frecuente sobre todo en zonas de entorno desfavorables.

GRÁFICO N° 2
Estado Nutricional de los Niños de 6 a 12 meses
que asisten al Consultorio de CRED en el
C.S. Conde de la Vega
Lima-Perú
2008



Fuente: Evaluación nutricional realizada a los Niños que asisten al Consultorio de CRED del C.S. Conde de la Vega Baja. Lima. Enero 2008

Acerca del estado nutricional de un total 50 niños evaluados (100%), 30 (60%) poseen un estado nutricional normal, 14 (28%) tienen malnutrición por defecto (desnutrición) y 6 (12%) malnutrición por exceso (sobrepeso), con una diferencia del 20% entre el estado nutricional normal y malnutrición Gráfico N° 2.

Un deficiente patrón de crecimiento puede ser provocado por una malnutrición por defecto como es el caso de la desnutrición aguda, que es la deficiencia de peso para la talla en un niño en el momento de la medición, la desnutrición crónica, en donde el crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año y la desnutrición global que es la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal lo cual nos permite conocer si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento.

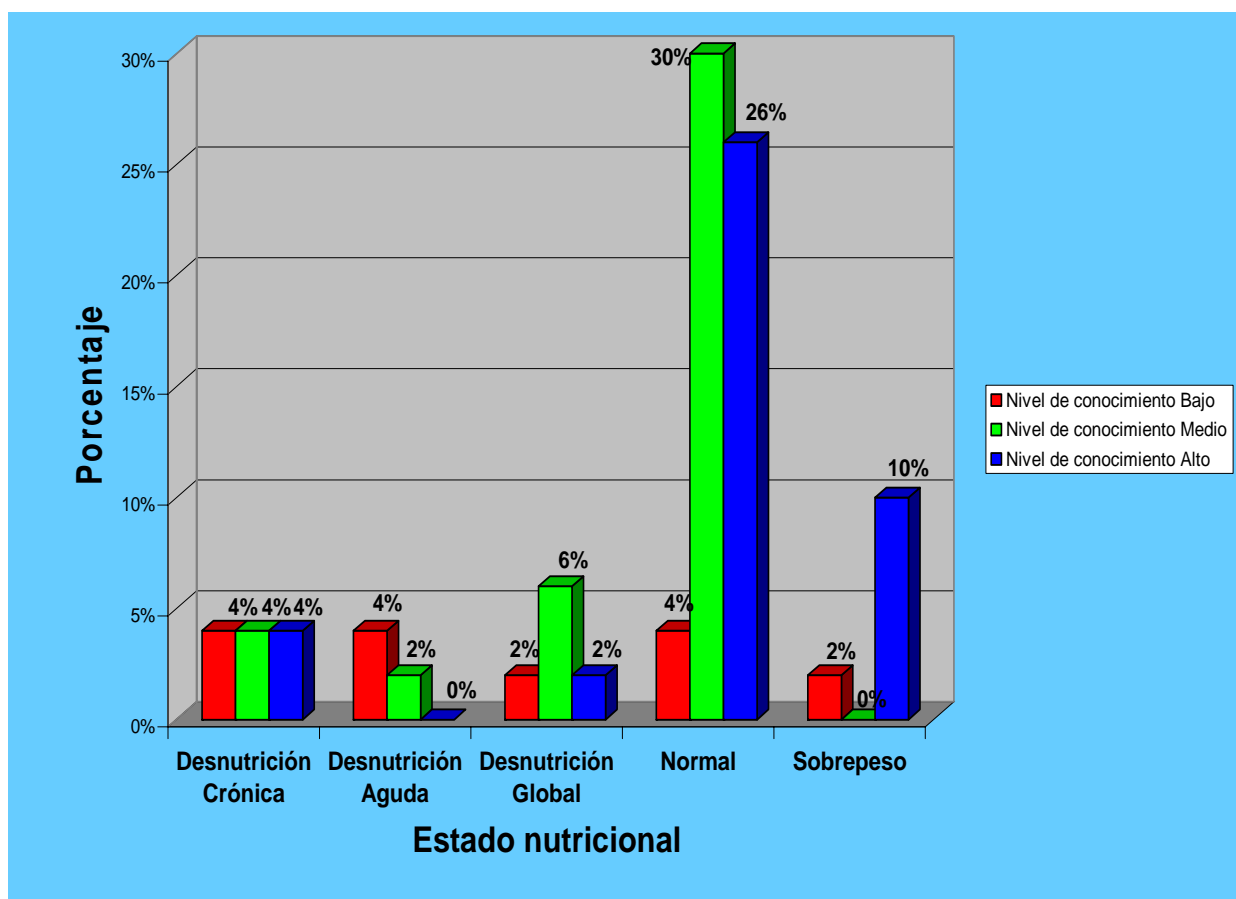
Un deficiente patrón de crecimiento, expresa que las potencialidades del niño han sido dañadas de por vida, y con ello se ha limitado sus posibilidades de adquirir y acumular mayores capacidades (desarrollo humano subóptimo). Además se señala que la primera infancia es una etapa que constituye un aspecto crítico en la estrategia de la lucha contra la pobreza, ya que un infante con un patrón de crecimiento normal es decir con sus capacidades acumuladas adecuadas podrá en un futuro aprovechar las oportunidades económicas del entorno y generar mayores ingresos para la familia. (MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima.2006)

Relacionando los datos con los obtenidos por Cárdenas Catherine, manifiesta que de 58 lactantes evaluados en el Consultorio de CRED del C.S. Chancas de Andahuaylas. Santa Anita, 57 % de ellos tienen un peso normal de acuerdo a su talla y 43% de los lactantes evaluados tienen alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición entre otras. (36) pudiéndose observar que existe semejanza con los datos obtenidos en este estudio.

Por lo que se aprecia, el 60% de los lactantes evaluados presentan un estado nutricional normal, sin embargo cabe señalar que 28% tienen malnutrición por defecto los cuales no sólo son más propensos a enfermedades sino también a una disminución de su capacidad cognitiva, aumentando el riesgo de no concluir en forma exitosa la escolaridad. Así

también existe un 12% de lactantes con sobrepeso, los cuales están propensos a enfermedades y consecuencias físicas y afectivas. Entre las físicas se encuentran: apneas, hipertensión arterial, mientras que las afectivas incluyen depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad en el relacionamiento, entre otras, lo cual repercute en la calidad de vida y su crecimiento y desarrollo normal

GRÁFICO Nº 3
Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre
alimentación complementaria y el Estado Nutricional
del niño de 6 a 12 meses que asisten
al Consultorio de CRED
C.S. Conde de la Vega
Lima-Perú
2008



Fuente: Encuesta realizada a las madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten al Consultorio de CRED del C.S. Conde de la Vega. Lima. Enero 2008

**Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre
alimentación complementaria y el Estado Nutricional
del niño de 6 a 12 meses que asisten
al Consultorio de CRED
C.S. Conde de la Vega.2007
Lima-Perú
2008**

Estado Nutricional						
Nivel de Conocimiento	Desnutrición Aguda	Desnutrición Crónica	Desnutrición Global	Normal	Sobrepeso	Total
Alto %	0 0	2 4	1 2	13 26	5 10	21 42
Medio %	1 2	2 4	3 6	15 30	0 0	21 42
Bajo %	2 4	2 4	1 2	2 4	1 2	8 16
TOTAL %	3 6	6 12	5 10	30 60	6 12	50 100

Acerca del nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional tenemos que de un total de 50 madres encuestadas (100%) , el 84% de ellas tienen un nivel de conocimiento alto o medio y de estas, más de la mitad (66%) tienen niños con estado nutricional normal. El 83% de los niños con sobrepeso corresponden a las madres con nivel de conocimiento alto cuyos niños fluctúan entre 6 a 7 meses de edad. El 62% de las madres con nivel de conocimiento bajo tienen niños con

malnutrición por defecto cuyas edades oscilan entre los 8 meses para la desnutrición global o aguda y 11 meses a 1 año de edad para la desnutrición crónica.

En la atención integral del niño una de las principales intervenciones es el control de crecimiento y desarrollo que está orientado a la valoración y monitoreo nutricional, promover un óptimo crecimiento y desarrollo del menor de cinco años con la activa participación de la familia, instituciones comunales, organizaciones y el sector salud en conjunto, detectar los riesgos de desnutrición así como las deficiencias nutricionales para su oportuna intervención, intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional. Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos. Además el rol de la madre es muy importante ya que de ella dependerá ejecutar los conocimientos fomentados en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, permitiendo que sus niños obtengan un óptimo crecimiento y desarrollo por tanto una disminución de la probabilidad de que exista un déficit nutricional. (MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño” 2006.)

Estudios hechos en el campo por el Programa CRECER concluyen que la desnutrición está directamente relacionada con la educación de la madre, ya que concluyen que entre las mujeres sin instrucción la desnutrición llega a 54.5 por ciento; con primaria, a 38.5% y en las que tienen secundaria, a 16%. Entre mujeres con educación superior, la desnutrición baja a 3 por ciento. (37)

Por lo que se aprecia que la mayoría de las madres con un nivel de conocimiento alto y medio sobre la alimentación complementaria tienen niños con un estado nutricional normal; sin embargo del total de las madres con un nivel de conocimiento bajo más de la mitad tienen niños con desnutrición. Para establecer la relación se aplica la fórmula del χ^2 obteniéndose que χ^2

calculado es $>$ que X^2 tabulado por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de estudio, es decir que hay relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños de 6 a 12 meses (VER ANEXO H)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

Como parte culminante de este trabajo de investigación y basada en los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

- El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje.
- Los conocimientos que en mayor porcentaje tienen las madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria.
- Los aspecto críticos que tiene la madre sobre la alimentación en menor porcentaje son alimento de inicio, frecuencia, cantidad y sobre todo la gradiente de inclusión de los alimentos según los meses de edad del niño.
- En el estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso.
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad.

B. Recomendaciones

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Realizar estudios de investigación aplicando el enfoque cualitativo referente a las costumbres socioculturales de las madres.

- Realizar otros tipos de estudios para una mejor monitorización de otros factores relacionados al estado nutricional.
- Que la institución enfatice actividades preventivas promocionales interactivas destinadas a fortalecer y fomentar la salud del niño, así como realizar un programa de seguimiento del estado nutricional, orientado a prevenir trastornos derivados de los problemas nutricionales garantizando así un crecimiento saludable.

C. LIMITACIONES:

- Dentro de las limitaciones derivadas del estudio está dado por que las conclusiones sólo son válidas para la población de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Medrano, Mery y Samantha Castillo. "Guía de atención para el menor de 5 años. Editorial .Grafitec.Lima 2005.Pág.15
- (2) MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú 1^{era} ed. Lima. 2006. Pág.10
- (3) O.M.S. "Las Condiciones de Salud de las Américas".Editorial Publicación Científica y Técnica.Washington.2004.Pág. 34
- (4) Op Cit. MINSA (2). Pág.12
- (5) Estado Mundial de la infancia. "Desnutrición: Causas. 2006.[internet], disponible en <http://www.gog.gab.gov.ar/documentos/unicef06/fs01sp.htm>
- (6) MINSA. Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño. Lima.2006.Pág. 18
- (7) MINSA. Normas Técnicas de Salud " Atención Integral de Salud de la niña y el niño" 2006.Pág.5
- (8) Paredes Clotilde y Álvarez Paula. "Conocimientos y Prácticas sobre ablactancia y alergia alimentaria que refieren las madres de los niños menores de 2 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del HNERM. En tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima –Perú.2000.Pág.74.
- (9) Castro Sandra. "Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de seis meses a dos años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED de H.N.G.D.M. En tesis para

optar la Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú.2003.Pág.78.

(10) Cárdenas Catherine.”Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 mese en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita”.En tesis para optar la Licenciatura en Enfermería.UNMSM.Lima – Perú.2005.Pág.70.

(11) Betty Gómez. “El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia. En tesis para optar el titulo de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú. 2006.Pág. 80

(12) Sáenz María. ”Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”. En tesis para optar el titulo de Licenciada en Enfermería. Bogota- Colombia. 2007.Pág.68

(13) Bunge, M.” La ciencia su método y filosofía”.Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina. Pág.23

(14) Russel, Bertrand. “El Conocimiento Humano”.5^{ta}ed. Editorial. Tourus. S.A.1998.España. Pág. 50

(15) Sopena. Diccionario Enciclopédico.3^{era}ed.Editorial Ramón Sopena. S.A. España. Madrid.

(16) ADUNI. “Enciclopedia de Psicología”.Editorial Lumbreras. Lima. Perú.2006.Pág.34

(17) Salinas Elmo. “Psicología”.2da. edición. Ed. Escuela activa. Lima-Perú. Pag.84

(18) IBID. Pág.85

- (19) MINSA. Promoción y prevención de Salud [Internet] disponible en:
[http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei)
- (20) Teorías del aprendizaje [Internet] disponible en:
http://educacion.idoneos.com/index.php/Teor%C3%ADas_del_aprendizaje.
- (21) Op. Cit. Salinas. Pág.86
- (22) Aplicación de un enfoque constructivista a la educación sanitaria [Internet] disponible en: <http://www.eumed.net/rev/delos/02/cbn.htm>
- (23) WALLEY Y WONG “Enfermería Pediátrica” 4ta edición Ed. Mosby Madrid España 1995.Pág.45
- (24) OPS. Manual de Crecimiento y desarrollo.2000.Editorial PALTEX.3da.Ed. Pág. 37.
- (25) IBID, Pág.41
- (26) MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.Pág. 15.
- (27) IBID. Pág.23
- (28) iBID. Pág. 28
- (29) La alimentación Complementaria. “Pauta para la introducción de nuevos alimentos”. España. 2004. Internet disponible en [htt://www.lactanciamamidameteta.iespana.es](http://www.lactanciamamidameteta.iespana.es)
- (30) OMS. Reglas para la preparación higiénica de los alimentos. Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC.2004.

- (31) O.M.S, Nuevo patrón de crecimiento. Portal del MINSA. Pág. 3[Internet], disponible en [http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei).
- (32) MINSA. Implicancia de los nuevos patrones de crecimiento infantil 2007. [Internet], disponible [http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei)
- (33) Op. Cit OMS (31).Pág.4
- (34) Op.Cit MINSA (7). Pág.11
- (35) IBID Pág.12
- (36) Op. Cit Cardenas. Pág. 71
- (37) José Hurtado. Andina Perú.3-07-2007. [Internet] disponible en: <http://actualidaddelperu.blogspot.com/2007/07/operacin-crecer.html>

BIBLIOGRAFÍA

BUNGE, Mario." La ciencia su método y filosofía".Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina.1985

CÁRDENAS Catherine."Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 mese en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita".En tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú.2005.

CASTRO Sandra. "Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de seis meses a dos años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED de H.N.G.D.M. En tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú.2003

Estado Mundial de la infancia. "Desnutrición: Causas. 2006. Internet disponible en: <http://www.gog.gab.gov.ar/documentos/unicef06/fs01sp.htm>

Implicancia de los nuevos patrones de crecimiento infantil 2007. Internet disponible en: [http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei)

La alimentación Complementaria. "Pauta para la introducción de nuevos alimentos". España. 2004. Internet disponible en: [htt://www.lactanciamamidameteta.iespana.es](http://www.lactanciamamidameteta.iespana.es).

L.KATHLEEN, Mahan."Nutricion y Dietoterapia de Krause. 5^{ta} ed. Editorial Mc Graw. España. Madrid. 2005

MEDRANO, MERY Y SAMANTHA CASTILLO. "Guía de atención para el menor de 5 años. Editorial .Grafitec. Lima.2005

MENEGHELLA,J. Pediatría.5^{ta}ed. Editorial Panamericana. España.2003.

MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la Situación de Salud del Perú 1^{era} Ed.
Lima: MINSA 2006

MINSA. Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño. Lima.2006.

MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.

MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño” 2006.

Nuevo patrón de crecimiento O.M.S. Portal del MINSA. Internet disponible en:
[http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei)

O.M.S. “Las Condiciones de Salud de las Américas”.Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC.2004

OMS. Reglas para la preparación higiénica de los alimentos. Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC.2004.

OPS. Manual de Crecimiento y desarrollo.2000..3da.Ed. Editorial PALTEX Washington. DC.2004.

Paredes Clotilde Y Álvarez Paula. “Conocimientos y Prácticas sobre ablactancia y alergia alimentaria que refieren las madres de los niños menores de 2 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del HNERM. En tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú.2000.

Russel, Bertrand. “El Conocimiento Humano”. 5^{ta} ed. Editorial. Tourus. S.A.1998.España.

Sampieri Hernández Roberto Y Otros “Metodología de la Investigación” 3^{era} ed. Editorial Mc Graw Hill México 2003

Walley y Wong "Enfermería Pediátrica" 4^{ta} ed. Editorial Mosby Madrid
España 2000.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo	Pág.
A. Operacionalización de la variable.....	69
B. Instrumento.....	71
C. Consentimiento informado.....	74
D. Prueba binomial: Jueces de expertos.....	75
E. Prueba de confiabilidad del instrumento.....	76
F. Tabla Matriz.....	77
G. Medición de la variable. Escala de Stanones.....	79
H. Prueba de Significancia estadística: Chi Cuadrado.....	80
I. Tabla del sexo de los lactantes.....	81
J. Tabla de la edad de los lactantes.....	82

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual de la variable	Indicadores	Definición operacional	Valor final
Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses.	Conjunto de ideas conceptos enunciados, que pueden ser claros o precisos. Se puede tipificar como: conocimiento científico; el cual es racional sistemático y verificable con la experiencia. Conocimiento vulgar; es cual es vago impreciso limitado a la observación. Alimentación complementaria es la introducción de alimentos semisólidos, desde los seis meses, junto a la leche materna imprescindible para su desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> -Mes de inicio de la alimentación complementaria. - Consistencia de los preparados. - Frecuencia de los alimentos. - Cantidad de los alimentos. -Consumo de carbohidratos, proteínas vegetales. -Combinación del alimento. - Inclusión de alimentos según edad -Medidas higiénicas. 	Información que refiere la madre acerca del inicio, frecuencia, consistencia y tipo de alimentos semisólidos en la dieta del niño.	<p>Según Stanones se clasificara en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nivel alto: 9-12 puntos -Nivel medio: 7-8 puntos -Nivel bajo: 0-6 puntos

Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad.	Estado de salud obtenido de la utilización de nutrientes que va desde la normalidad o desequilibrio por defecto o exceso. Se clasifica en desnutrición crónica, aguda o global.	-Peso- edad -Talla- edad -Peso-talla	Es el resultado que se obtiene al evaluar el peso y la talla en relación a la edad valorándolo en: Obesidad Sobrepeso Normal Desnutrición agudo, crónico y global	Desnutrición global Desnutrición crónica Desnutrición aguda Normo peso Sobrepeso Obesidad
--	--	--	---	--

ANEXO B

INSTRUMENTO

U.N.M.S.M.
Facultad de medicina
E.A.P. Enfermería-DAE

ENTREVISTA

I.-Introducción

Sra. buenos días, soy la señorita Jenny Benites, estudiante de enfermería del cuarto año de la U.N.M.S.M. estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con la Enfermería de Programa de CRED del niño sano de este Centro de Salud a fin de obtener información para un estudio acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, se trata de una encuesta anónima.
Muchas gracias.

II. Datos generales

a) *De la madre:*

1. Edad de la madre:.....
2. Lugar de nacimiento:.....
3. Grado de instrucción:.....
4. Ocupación

b) *Datos relacionados con el niño:*

5. Fecha de nacimiento:.....
6. Sexo: M () F ()
7. Peso:.....
8. Talla:.....
9. Diagnóstico del estado nutricional (carné):.....
10. Dentición (numero de dientes):

III. Datos Específicos

10 ¿Qué entiende Ud por alimentación complementaria?

- a) Sólo leche materna
- b) Inclusión de alimentos semisólidos en la dieta del niño mas leche materna
- c) Inclusión de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna
- d) Otro:

11 ¿A qué edad se debe empezar a dar otros alimentos aparte de la leche materna a su niño?

- a. 4 meses
- c. 6 meses

- b. 5 meses
- d. 7 meses

¿Por qué empezó a esa edad?.....

12 ¿Qué tipo de alimento se debe dar al niño al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?

- a) sopas
- b) purés y mazamorras
- c) sopas y jugos
- d) comida de la olla familiar

13 ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su niño?

- a) aplastados
- b) licuados
- c) liquida
- d) en trozos

Por qué.....

14 ¿Cuántas veces al día se debe de brindar los alimentos al niño?

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces

15 ¿Cuál es la cantidad que debe comer su niño cada vez que lo alimenta?

- a) 4 a 5 cucharitas
- b) ½ taza
- c) 3/4 de taza
- d) 1 taza

16 ¿Qué combinación cree Ud que es adecuada para el almuerzo de su niño?

- a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) arroz + hígado + mate de hierba
- c) puré de papa + jugo de fruta
- d) caldo de hueso de res + jugo de frutas

17 ¿Qué alimento debe agregar a la alimentación del niño de 8 meses de edad?

- a) cítricos
- b) clara del huevo
- c) ¾ de yema de huevo

d) pescado

18 ¿Qué alimento debe de agregar a la alimentación del niño de 10 meses de edad?

- a) clara del huevo
- b) menestras sin cáscara
- c) cítricos
- d) comida de la olla familiar

19 ¿Qué tipo de alimento debe consumir el niño de 12 meses de edad?

- a) continuar con los purés
- b) sopas
- c) comida de la olla familiar y leche materna
- d) leche materna y purés

20 ¿Cree Ud que la sopa es un alimento importante?

Si () No ()

Por qué:.....

21 Enumere por orden de prioridad ¿Cuáles son las medidas de higiene para la alimentación de su niño?

- () lavado de manos
- () lavado de los alimentos
- () conservación de alimentos
- () Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores.

Despedida

Gracias por su colaboración

ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada con D.N.I

Autorizo a la Srta. Interna de Enfermería Jenny Benites Castañeda, a realizarme una entrevista encuesta para obtener datos sobre el tema a estudiar Relación que existe entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses, así mismo afirmo haber sido informada de los objetivos del estudio, haber comprendido la importancia del tema y estar habilitada a desistir en cualquier momento, es mi placer.

.....
Firma de la participante

.....
Int. Jenny Benites Castañeda
Responsable

ANEXO D
TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Nº de preguntas	Nº de Jueces Expertos								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

ANEXO E
PRUEBA DE CONFIABILIDAD
CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
KUDER RICHARSON

Procedimiento:

$$X = \frac{K}{K-1} \frac{(1 - \sum \% p \times \% q)}{S}$$

Donde:

$X > 0.5$ para que sea confiable

$K = N^a$ de ítem

$S =$ Varianza (Desviación estándar al cuadrado)

$\% p =$ Numero de personas que responden correctamente a un ítem

$\% q =$ Numero de personas que responden incorrectamente a un ítem

$\sum \% p \times \% q =$ Es la sumatoria del producto del $p\%$ por el $q\%$

Donde:

$K = 14$

$S = 19$

$\sum \% p \times \% q = 2.23$

Reemplazando:

$$X = \frac{14}{13} \frac{1 - 2.23}{19} = 0.95$$

$X =$ Instrumento Confiable

ANEXO F

TABLA MATRIZ

Usuario	Preguntas													Total
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	
2	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	8	
3	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8	
4	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	7	
5	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	8	
6	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	6	
7	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	
8	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10	
9	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	7	
10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	10	
11	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8	
12	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	10	
13	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8	
14	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	
15	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	5	
16	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7	
17	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	5	
18	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	5	
19	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10	
20	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	
21	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4	
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	10	
23	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7	
24	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	7	
25	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	7	
26	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	9	
27	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	9	
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11	
30	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	7	
31	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	10	
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11	
33	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	6	
34	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	
35	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7	
36	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11	
37	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	7	
38	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	6	
39	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	
40	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	8	
41	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7	
42	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	8	
43	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	
44	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	9	

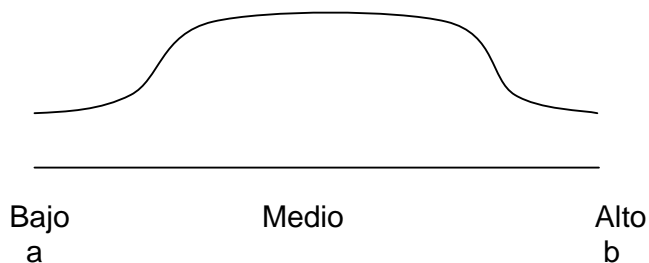
45	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8
46	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	8
47	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	7
48	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11
49	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10
50	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	9
Total	37	33	25	49	19	29	41	14	43	42	32	44	408

Desviación Estandar: 1.95

Media: $408/50 = 8,16$

ANEXO G

MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO ESCALA DE STANONES



Donde según la formula de Stanones

$$a = X - 0,75 (DS)$$

$$b = X + 0,75 (DS)$$

Desviación Estándar

$$DS = \sqrt{\sum (X - \bar{X})^2 / n}$$

Realizando cálculos:

D.S. 1.95

Media: $408/50 = 8,16$

Remplazando:

$$a = 8,16 - 0,75 (1,95)$$

$$a = 6,4 = 7$$

$$b = 8,16 + 0,75 (1,95)$$

$$b = 9,3 = 9$$

Categorizando el cuestionario:

Conocimiento alto: 9 -12

Conocimiento medio: 7 -8

Conocimiento bajo: 0 -6

ANEXO H

PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA: CHI CUADRADO

Estado Nutricional	Bajo	Medio	Alto	Total
Sobrepeso	1	0	5	6
Normal	2	15	13	30
Desnutrición Global	1	3	1	5
Desnutrición Aguda	2	1	0	3
Desnutrición Crónica	2	2	2	6
Total	8	21	21	50

$$X^2 = \sum (O-E)^2 / E$$

Donde:

O: Representa las frecuencias observadas

E: Representa las frecuencias esperadas

X^2 calculado es: 15,65

X^2 tabulado para 8 grados de libertad es: 15,05

X^2 calculado > X^2 tabulado

Por tanto se puede afirmar a un nivel de significancia de 0.05 que: Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad.

ANEXO I

Tabla Nº 1

**Lactantes de 6 a 12 meses de edad
distribuidos según sexo
C.S. Conde de la Vega
Enero 2008**

Sexo del niño	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	19	38
Masculino	31	62
Total	50	100

Fuente: Lactantes que acuden ala C.S. Conde de la Vega Baja. Lima. Enero 2008

ANEXO J

Tabla Nº 2

**Lactantes de 6 a 12 meses de edad
distribuidos según edad
C.S. Conde de la Vega
Enero 2008**

Edad del niño	Frecuencia	Porcentaje
6	18	36
7	8	16
8	10	20
9	5	10
10	2	4
11	3	6
12	4	8
Total	50	100

Fuente: Lactantes que acuden ala C.S. Conde de la Vega Baja. Lima. Enero 2008